

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES PEDIÁTRICOS  
PORTADORES DE SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON  
NO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - HCSA\*

*Liane Einloft\*\**  
*Rachel Beatriz Silva\*\*\**

RESUMO: As autoras apresentam dois casos de Síndrome de Stevens-Johnson tratados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital da Criança Santo Antônio, no ano de 1986. A revisão bibliográfica do assunto permitiu a elaboração de um quadro de cuidados de enfermagem aos pacientes portadores da referida síndrome. A Assistência de Enfermagem enfoca a manutenção da integridade física corporal através da profilaxia de infecções.

### IMPORTÂNCIA

Síndrome de Stevens-Johnson, também conhecida como Eritema Multiforme, é uma doença rara, de quadro evolutivo prolongado e de grande gravidade. A reduzida bibliografia sobre o assunto incentivou as autoras a repassar aos profissionais de enfermagem a experiência de ter assistido crianças com síndrome de Stevens-Johnson.

---

\* Trabalho apresentado na III Jornada de Terapia Intensiva em Pediatria e II Encontro de Enfermagem em UTI Pediátrica, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 23 de julho de 1987. Apresentado no VI Encontro de Enfermagem Pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio, 21 de agosto de 1987.

\*\* Enfermeira do Serviço de Enfermagem do Hospital da Criança Santo Antônio, especializada em Licenciatura em Enfermagem, COREN-RS 32957.

\*\*\* Enfermeira do Serviço de Enfermagem do Hospital da Criança Santo Antônio, especializada em Licenciatura em Enfermagem e Pós-Graduada em Metodologia do Ensino Superior, COREN-RS 23452.

## 1 – OBJETIVO

Descrever a assistência de enfermagem prestada aos pacientes pediátricos portadores de Síndrome de Stevens-Johnson internados na Unidade de Terapia do Hospital da Criança Santo Antônio.

## 2 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo FARHAT<sup>2</sup>, "A entidade foi referida pela primeira vez em 1922, por Stevens e Johnson que a descreveram como uma patologia até então não mencionada na literatura médica". A caracterização da Síndrome de Stevens-Johnson também denominado eritema multiforme foi praticamente a mesma nas citações de SAMPAIO<sup>8</sup>, FARHAT<sup>2</sup> e VAUGHAN<sup>10</sup>: aparecimento de lesões, com certa simetria, na pele e mucosas, desde máculo-pápulas até púrpuras e bolhas sero-hemorrágicas precedidas por sinais prodrômicos de infecção como: febre, cefaléia, coriza, mialgias, artralgias que podem prolongar-se por período de cerca de duas semanas. VAUGHAN<sup>10</sup> descreve ocorrência de conjuntivite, fotofobia, secreção ocular profusa e úlcera de córnea.

As causas, segundo SAMPAIO<sup>8</sup>, ROMANO<sup>7</sup>, HURWITZ<sup>3</sup>, estão relacionadas a: reações à drogas de qualquer tipo particularmente analgésicos, barbitúricos e sulfas e infecções bacterianas, viróticas, micóticas ou por protozoários. NOOJIN<sup>5</sup> inclui como fator desencadeante "câncer", radioterapia e alergia alimentar".

SAMPAIO<sup>8</sup> cita que "nos casos em que há infecção prévia, torna-se difícil a identificação da provável causa, pois, em geral, há utilização de medicamentos para tratamento da infecção".

A Síndrome de Stevens-Johnson "é mais freqüente em crianças do que adultos, afetando mais homens que mulheres", segundo VAUGHAN<sup>10</sup>, FARHAT<sup>2</sup>, SAMPAIO<sup>8</sup> e OSTLER citado por FARHAT<sup>2</sup>.

A evolução desta patologia, segundo FARHAT<sup>2</sup>, é "prolongada, podendo se arrastar por 4 a 6 semanas". Para ROMANO<sup>7</sup> e SAMPAIO<sup>8</sup>, a erupção dura de "2 a 4 semanas". SAMPAIO<sup>8</sup> refere que a Síndrome de Stevens-Johnson é "uma forma grave e eventualmente fatal de eritema multiforme holhoso". A mortalidade para KAHN<sup>4</sup> e FARHAT<sup>2</sup> é de "25% dos pacientes".

### 3 – METODOLOGIA

O trabalho foi realizado no Hospital da Criança Santo Antônio, na Unidade de Terapia Intensiva, onde as autoras exercem suas atividades profissionais.

Através de estudo retrospectivo nos prontuários dos pacientes portadores de Síndrome de Stevens-Johnson, obteve-se dados referentes à identificação, história da internação, problemas identificados, cuidados de enfermagem e apazamentos.

### 4 – APRESENTAÇÃO DOS DADOS LEVANTADOS

Através da consulta aos prontuários chegamos aos seguintes dados:

Quadro 1 – Dados de identificação dos pacientes portadores da Síndrome de Stevens-Johnson na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital da Criança Santo Antônio, Porto Alegre, 1986.

Dados de Identificação	Paciente A	Paciente B
Nome	T.P.A	M.A.L
Sexo	Masculino	Masculino
Cor	Branca	Branca
Idade	3 anos e 6 meses	2 anos e 3 meses
Data Internação na UTI	09/02/86	15/07/86
Data Alta na UTI	28/02/86	05/08/86
Tempo de Permanência na UTI	19 dias	20 dias
Procedência	Capital	Interior

A idade variou entre 2 e 3 anos, sendo que os dois pacientes eram do sexo masculino e de cor branca. Quanto a idade, e sexo, os dados encontrados coincidem com as citações de VAUGHAN<sup>10</sup>, SAMPAIO<sup>8</sup> e FA-RHAT<sup>2</sup>.

O tempo médio de internação de 19,5 dias, coincide com as citações de ROMANO<sup>7</sup> e SAMPAIO<sup>8</sup>.

Quadro 2 – Dados clínicos dos pacientes portadores de Síndrome de Stevens-Johnson, internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital da Criança Santo Antônio, Porto Alegre, 1986

	Paciente A	Paciente B	
HISTÓRIA PREGRESSA	26.01.86 Hipertermia e crise convulsiva Terapêutica medicamentosa: - Larocin (10 dias) - Gardenal (12 dias) - AAS (3 dias) * - Dórico (3 dias) - Novalgina (3 dias)	09.06.86 Crise convulsiva Terapêutica medicamentosa - Gardenal	HISTÓRIA PREGRESSA
	06.02.86 Reiniciou hipertermia Terapêutica medicamentosa: - Idem (acima), com maior frequência.	17.06.86 Infecção de vias aéreas superiores Terapêutica medicamentosa: - Despacilina - Triaminic - Mucofan - Infectrin - Mucolin	
	07.02.86 Lesões de pele e exantema	01.07.86 Piora do quadro respiratório e exantema generalizado - Ampicilina benzatina (3d) - Magnopiról - Mucofan	
	08.02.86 Hospitalização (HCSA) Hipótese diagnóstica: - Virose exantemática Sintomatologia: - Exantema intenso e disseminado - Secreção purulenta nos olhos - Hipertermia persistente - Lesões bucais e prepúcio	06.07.86 Hospitalização no interior Hipótese diagnóstica: - Sem relato Sintomatologia: - Vesículas, bolhas e equimoses	
	09.02.86 Hospitalização na UTI (HCSA) - Hipótese diagnóstica SJ** Sintomatologia: - Lesões bolhosas e vesiculares com fundo eritematoso disseminado pelo corpo - Lesões ulceradas em cavidade oral e lábios - Hipertermia	15.07.86 Hospitalização na UTI (HCSA) Hipótese diagnóstica: - SJ** Sintomatologia: - Lesões erosadas nos pés, mãos, região perioral e fossas nasais e região genital	

\*AAS = Ácido Acetilsalicílico

\*\*SJ = Síndrome de Stevens-Johnson

As manifestações clínicas e a sintomatologia apresentados no quadro 2, concordam com as citações dos autores revisados.

As causas presumíveis que desencadearam a síndrome são hipertermia, infecção de vias aéreas superiores e crise convulsiva. Coincidentemente dois pacientes apresentaram crise convulsiva com a utilização da droga anticonvulsivante "Gardenal" e outras drogas associadas como antibióticos e antitérmicos, o que também foi encontrado em casos citados nas referências de SAMPAIO<sup>8</sup>, VAUGHAN<sup>10</sup>, ROMANO<sup>7</sup> e HURWITZ<sup>3</sup>.

Quadro 3 – Plano de cuidados aos pacientes portadores da Síndrome de Stevens-Johnson internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital da Criança Santo Antônio, Porto Alegre, 1986.

PROBLEMA IDENTIFICADO	NECESSIDADE AFETADA	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
1) Risco de Infecção	Integridade física e corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Isolamento protetor</li> <li>- Box individual</li> <li>- Manipulação do paciente com luvas estéreis, máscaras</li> <li>- Uso de roupas estéreis para pacientes</li> <li>- Material de uso exclusivo do paciente (termômetro, estetoscópio, sfigmomanômetro, lita métrica)</li> <li>- Evitar manipulação excessiva</li> <li>- Banho de leito com técnica asséptica</li> <li>- Compressas estéreis com soro fisiológico nas lesões</li> <li>- Banho de aveia</li> <li>- Compressas estéreis com água boricada nos locais mais afetados durante 15 minutos</li> <li>- Culturais das lesões</li> <li>- Higiene oral com antisséptico bucal</li> <li>- Elevação dos membros inferiores</li> <li>- Higiene ocular com soro fisiológico</li> <li>- Coleta de secreção ocular para cultura</li> </ul>	<p>Constante</p> <p>1 x ao dia</p> <p>4/4 horas</p> <p>1 x ao dia</p> <p>8/8 horas</p> <p>No aparecimento de secreção</p> <p>4 x ao dia</p> <p>Constante</p> <p>4/4 hs</p> <p>7/7 dias</p>
2) Dificuldade de deglutição e anorexia	Equilíbrio nutricional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dieta líquida fria</li> <li>- Não utilizar Sonda Nasogástrica</li> <li>- Ver preferências alimentares do paciente</li> <li>- Controle do peso</li> </ul>	Constante 12/12 hs
3) Punção de veia profunda	Integridade da pele e integridade vascular	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higiene com técnica asséptica com soro fisiológico, após iodolor aquoso e camada espessa de pomada antiinfeciosa no local de inserção do catéter.</li> <li>- Controlar fixação do catéter venoso</li> <li>- Controle do gotejo da nutrição parenteral</li> <li>- Cuidados com o preparo e utilização da solução parenteral</li> </ul>	<p>6/6 horas</p> <p>Constante</p> <p>Constante</p> <p>Constante</p>
4) Distensão abdominal	Eliminações	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle do perímetro abdominal</li> <li>- Mudança de decúbito</li> </ul>	<p>12/12 hs</p> <p>2/2 hs</p>
5) Oligúria e disúria	Equilíbrio hidroeletrolítico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Balanço hídrico parcial</li> <li>- Balanço hídrico total</li> <li>- Higiene genital com soro fisiológico e pomada antiinfeciosa</li> </ul>	<p>6/6 hs</p> <p>24/24 hs</p> <p>Às micções</p>
6) Hipertermia	Equilíbrio térmico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificação da temperatura</li> <li>- Uso de compressas estéreis frias com soro fisiológico</li> </ul>	<p>h/h</p> <p>Quando temperatura axilar acima 37,8°C</p>
7) Irritabilidade	Integridade social, emocional e relacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permanência dos pais</li> <li>- Estimular colo</li> <li>- Recreação</li> </ul>	Constante

No quadro 3 constam os problemas identificados, a necessidade afetada, os cuidados de enfermagem e o aprazamento.

A conduta de enfermagem para os dois pacientes foi praticamente a mesma. Nossa maior preocupação foi prevenir infecções secundárias, alimentá-los adequadamente, cuidar do equilíbrio térmico e integridade social-emocional e relacional do paciente e seus familiares.

## 5 – CONCLUSÃO

Ao término do trabalho, concluímos que a bibliografia acerca da Síndrome de Stevens-Johnson é restrita. Os dados inclusos nos quadros 1 e 2 coincidiram quanto ao sexo, faixa etária, a evolução da patologia e sintomatologia.

Com a apresentação dos problemas identificados com correspondentes necessidades afetadas, enfatizamos que os pacientes portadores da Síndrome de Stevens-Johnson devem ser atendidos por uma equipe multidisciplinar, mas que a Equipe de Enfermagem, sobretudo, possui a responsabilidade maior de assistir adequadamente estes pacientes, devido aos cuidados rigorosos de higienização, assepsia e prevenção de infecções cruzadas.

SUMMARY: The authors present two cases of Stevens-Johnson Syndrome treated in the Intensive Care Unit at the Hospital da Criança Santo Antônio, in the year of 1986. The bibliographical survey on the subject allowed the elaboration of a summary on nursing assistance to patients who are carriers of this syndrome. The Nursing Assistance focuses on the maintenance of the physical body integrity through the prophylaxis of the infections.

## 6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSUMPÇÃO, Evaldo Alms d' & Oliveira, Maurício José de. Síndrome de Jyell - doença multidisciplinar. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo, 20(4): 151-2, 1986.
2. FARHAT, Calil Kairalla et alii. Síndrome de Stevens-Johnson na infância. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 41(9-10): 18-21, 1976.

3. HURWITZ, Sidnei. A textbook of skin disorders of childhood and adolescence. In: \_\_\_\_\_ . *Clinical Pediatric Dermatology*, Philadelphia, Saunders, 1981. cap. 18, p.392-7.
4. KAHN, Guinter. Vesiculobullous disorders. In: GELLIS, Sydney S. & KAGAN, Benjamin. *Current Pediatric Therapy*. 8.ed. Philadelphia, Saunders, 1978. cap. 15, p. 482-3.
5. NOOJIN, Ray o: Pediatric Dermatology. In: SHIRKEY, Harry C. *Pediatric Therapy*. 5.ed. Saint Louis, Mosby, 1975. cap. 113, p.867-8.
6. RABELLO, F. E. *Nomenclatura Dermatológica*. Rio de Janeiro, Brasileira, 1984. 278p.
7. ROMANO, Regina A. et alii. Síndrome de Stevens-Johnson. *Enfermagem Atual*. Rio de Janeiro, 1(6):20-4, jul./ago. 1979.
8. SAMPAIO, Sebastião A. P. et alii. Erupções eritemato-purpúricas. In: \_\_\_\_\_ . *Dermatologia básica*. 3.ed. Rio de Janeiro, Artes Médicas, 1985. p.121-3.
9. \_\_\_\_\_ . Erupções por drogas e toxinas. In: \_\_\_\_\_ . *Dermatologia básica*. 3.ed. Rio de Janeiro, Artes Médicas, 1985. p.417-9.
10. VAUGHAN, Victor C. et alii. Erythema Multiforme Exsudativum. In: \_\_\_\_\_ . *Textbook of pediatrics*. 10.ed. Philadelphia, Saunders, 1975. p.542.

Endereço do Autor: Liane Einloft  
 Author's Address: Av. Ceará, 1549  
 90.420 - Porto Alegre - RS